Comisión de Salud Pública y Asistencia Social
Carpeta Nº 198 de 2015

Versión Taquigráfica N° 1189 de 2017

ASOCIACIÓN DE TRANSPLANTADOS DEL URUGUAY, LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

TRABAJADORES DEL HOSPITAL PIÑEYRO DEL CAMPO

COMISIÓN ESPECIAL DE ASAMBLEA GENERAL DE DERECHO A LA ALIMENTACIÓN E INTEGRANTES DEL EQUIPO DEL OBSERVATORIO DE DERECHO A LA ALIMENTACIÓN DE LA FACULTAD DE DERECHO UDELAR

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 5 de setiembre de 2017

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Luis Gallo Cantera (ad hoc).

MIEMBROS: Señores Representantes Walter De León, Mabel Quintela, Nibia Reisch y José Luis Satdjian.

DELEGADOS DE SECTOR: Señores Representantes Macarena Gelman y Eduardo José Rubio.

INVITADOS: 1) Asociación de Transplantados del Uruguay: Doris Tejera, María Elena Yattoni y Aldana Marrero; y representantes de las Asociaciones de Transplantados de Argentina, Colombia, Ecuador, Honduras, México y Perú.

2) Comisión Interna del Hospital Piñeyro del Campo: Daniel Ríos (Presidente), Pattry Trinidad (Secretaria), Rita Silva.

3) Comisión Especial de Derecho a la Alimentación de Asamblea General: concurren los señores Representantes: Berta Sanseverino, Nelson Larzábal y Darcy de los Santos. Observatorio del Derecho a la Alimentación de la Facultad de Derecho UDELAR: Gloria Canclini, Rosa Curutchet, Juan Ceretta y Alejandro Borche.

SECRETARIA: Señora Myriam Lima.

PROSECRETARIA: Señora Viviana Calcagno.

SEÑOR PRESIDENTE (Luis Gallo Cantera). Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión da la bienvenida a la delegación la Asociación de Trasplantados del Uruguay y otras asociaciones de Latinoamérica y el Caribe. Tenemos el honor de contar con delegaciones extranjeras que nos aportarán sus experiencias. Será un gusto escuchar todas las cosas importantes que tienen para decir.

La delegación de la Asociación de Trasplantados del Uruguay está integrada por las señoras Doris Tejera, María Elena Yattoni y Aldana Marrero, y por los señores José Fernández y Jorge Lamela. La asociación de Colombia está integrada por la señora María del Pilar Hernández y por el señor Jorge Ernesto García; la de Argentina, por los señores Marcelo León y Claudio Brunori; la de Honduras, por la señora Marianella Canales; la de México, por el señor Omar de Jesús; la de Ecuador, por las señoras Verónica Paillacio, Ximena Serrano, Dora García y Delia Chavez, y la de Perú, por la señora Ñurka Vigil.

SEÑOR LAMELA (Jorge). Soy presidente del Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones de Pacientes Trasplantados y en Situación de Trasplante, y directivo de ATUR.

Quienes nos acompañan hoy están visitando nuestro país en el marco del VI Congreso Anual de Claycop.

Hace unos años, nuestra organización, ATUR que es uruguaya , decidió fortalecer la voz del paciente más allá de las fronteras y crear un organismo que, al igual que los médicos, lleve modelos y ejemplos que estén funcionando en su país y colabore, ya que el paciente tiene que colaborar con el médico. Lo que pretendemos es crear un paciente empoderado, responsable, que no solo se queje, sino que colabore. Además, queremos estar en todos los pormenores que lleva el hecho de ser paciente; a veces, la paciencia no está.

Precisamos fortalecer algunas organizaciones. Actualmente, doce países integramos el Claycop. Este año, Uruguay es sede para trabajar junto con la Sociedad Uruguaya de Trasplantes, que también está desarrollando un congreso.

SEÑORA PAILLACIO (Verónica). Vengo de Ecuador, y represento a la Fundación Pro Sonrisa.

SEÑORA SERRANO (Ximena). Vengo de Ecuador, y represento a la Fundación Pro Sonrisa, que nuclea a pacientes en situación de diálisis y de trasplante.

Gracias por recibirnos en tan lindo país. Dios los bendiga y sigan adelante en la labor que su gente les ha encomendado.

SEÑORA VIGIL (Ñurka). Soy presidenta de la Asociación Nacional de Pacientes en Diálisis y Trasplante Anpadyt, de Perú. Nuestro objetivo principal es fortalecer la donación de órganos, trabajar en campañas de difusión, conjuntamente con todas las autoridades de la salud, y llevar alternativas de solución para la mejora de la calidad de vida del paciente renal y de pacientes trasplantados.

Muchas gracias por darnos este espacio.

SEÑORA HERNÁNDEZ (María del Pilar). Vengo de Colombia. Soy directora administrativa del proyecto de la Fundación de Retorno Vital. Inicialmente, comenzamos con pacientes renales y trasplantados en nuestro país. Hemos crecido en el ámbito de apoderar a pacientes con otras patologías, con enfermedades que en nuestro país llamamos catastróficas o de alto costo.

SEÑOR GARCÍA (Jorge Ernesto). Es un placer y un orgullo estar en esta patria tan hermosa. Gracias a Jorge, de ATUR, que abrió un espacio para poder sentarnos con ustedes. Es un placer ver el maravilloso crecimiento que ha tenido su país en cuanto a la donación y al trasplante. Ustedes son un ejemplo para Colombia. Hoy, tenemos una nueva ley de donación. A partir de este año, en Colombia empezó a regir la ley

sobre presunción legal de donación, que fue tomada prácticamente de la decisión que ustedes sabiamente tomaron para aumentar dicha tasa.

Es un orgullo estar acá y exaltar esa maravillosa labor de dar vida a las personas después de que otras fallecen. Es muy bueno que quieran escuchar a Latinoamérica. No todos los países están dispuestos a hacerlo. Entendemos que la preocupación de ustedes es promover la salud en su país.

SEÑOR LEÓN (Marcelo). Soy de APAT, Argentina. Nuestra ONG se dedica a defender los derechos de los pacientes cuando hay algún inconveniente; generalmente, siempre hay alguno.

Muchas gracias por habernos invitado.

SEÑOR BRUNORI (Claudio). Soy presidente de la Asociación Civil de Ayuda a Pacientes en Diálisis y Trasplante, de Buenos Aires, Argentina. Estoy en este trabajo del tercer sector desde hace muchos años. Además, soy socio fundador de la Asociación de Deportistas Trasplantados de la República Argentina. Por otra parte, integro el Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones de Pacientes Trasplantados y en Situación de Trasplante.

Agradezco ser recibido con los brazos abiertos como siempre por esta hermosa tierra charrúa que tanto queremos, y especialmente a Jorge Lamela y a las autoridades por su amabilidad.

SEÑOR DE JESÚS (Omar). Dirijo dos organizaciones: Asociación ALE Donación de Órganos, que fomenta la cultura, y Federación Mexicana de Enfermos y Trasplantados Renales, que se encarga de agrupar a las organizaciones renales de México.

Es un gusto que las autoridades de la salud nos abran las puertas. En México pasa todo lo contrario. Es muy importante para los mexicanos que en otro país nos abran las puertas y podamos tener la palabra. La verdad es que nuestro sistema de salud está quebrantado. Si no hacemos presión desde dentro y nos apoyan desde afuera, no podremos cambiar nuestro sistema de salud.

Muchas gracias por su recepción.

SEÑORA CANALES (Marianella). Represento a la fundación de Honduras, que trabaja en terapia renal y trasplante. Tenemos un proyecto educativo. Agradecemos a las autoridades honorarias que están aquí presentes, al equipo de ATUR y al presidente de Claycop por brindarnos esta oportunidad.

En nuestro país hemos tenido muchos inconvenientes. Hemos mantenido un par de reuniones con las comisiones de salud respeto al trasplante. El tema estuvo parado hasta ahora. Actualmente, tenemos una nueva ministra que le está dando mucho empuje.

Es muy importante que nuestros países sean el foco principal en el que podamos hablar libremente. Debemos tener una relación entre las naciones para mejorar y beneficiar al paciente.

SEÑORA GARCÍA (Dora). Represento a la Asociación de Pacientes Renales Caminando Hacia la Luz, de Guayaquil, Ecuador. Nuestra organización tiene más de once años. Precisamente, nacemos como pacientes renales.

Nuestro primer objetivo fue lograr que en Ecuador existiera la cobertura total del paciente renal; el trasplante con cobertura total. Estos logros se realizaron desde esa época. Fue una lucha que vencimos. Sin embargo, la lucha continúa porque hay cosas que todavía se tienen que mejorar.

Como organización de pacientes y como pacientes, continuaremos trabajando en esto. El hecho de estar acá nos ayuda a tener una visión diferente. A nuestro país le ayudará muchísimo saber cómo se maneja la salud en otros lugares.

SEÑORA CHAVEZ (Delia). Soy presidenta de la Asociación de Pacientes Renales Caminando Hacia la Luz, de Guayaquil, Ecuador. Junto con Dora sacamos adelante nuestra asociación, siempre para beneficio de los pacientes. Fui paciente con diálisis durante catorce años. Hace siete años que estoy trasplantada.

Miramos el tema como pacientes. Muchas gracias por darnos esta oportunidad.

SEÑOR FERNÁNDEZ (José). Integro la Comisión directiva de ATUR. Algunos de ustedes me conocen. Saben que soy deportista y defiendo a Uruguay. Recién volví del Mundial de Málaga.

Lo importante es que a partir de ayer me siento más latinoamericano que nunca, ya que en nuestro bendito país se terminó de armar el Claycop, que se trata del empoderamiento del paciente en la salud. La lucha es muy larga. Sabemos que todos tenemos diferencias. Nosotros estamos en un lugar privilegiado lo destacan porque es así , pero todavía tenemos camino para andar, mucha tela por cortar. Debemos seguir mejorando y defendiendo lo que tenemos, que también lo tenemos gracias a ustedes.

En estos dieciocho años que llevo trasplantado me consta lo que se ha luchado desde las comisiones de salud, por suerte, fuera de toda bandera política. Eso es lo importante. Acá no hay partidos: hay una política de Estado. Por eso, tenemos el Fondo Nacional de Recursos. Y quiero contar algo. Cuando Uruguay llegó al Mundial de Málaga a competir, España, Francia, Inglaterra y Estados Unidos querían saber qué era el Fonasa porque entendían que era la democratización de la salud a nivel de las personas, de los países. Sabemos que Estados Unidos lo quiso aplicar en el Gobierno de Obama, y no lo pudo hacer. Asimismo, Francia tiene dificultades y lo quiere aplicar. Por otra parte, Inglaterra lo está estudiando; se ha comunicado con los redactores.

Es importante que defendamos lo que tenemos. Si lo debemos mejorar, hagámoslo. Veamos los errores todos los cometemos , pero sigamos hacia adelante. Estamos en el camino correcto.

Por favor, tengan en cuenta a los pacientes porque necesitamos participar y aportar nuestro grano de arena, no para quejarnos, sino para sumar.

Muchas gracias por recibirnos.

SEÑORA MARRERO (Aldana). Vengo del departamento de Lavalleja. Soy cónsul de ATUR. Me realizaron el primer trasplante múltiple de riñón y páncreas de nuestro país.

Gracias por recibirnos.

SEÑORA YATTONI (María Elena). Pertenezco a ATUR, de Uruguay.

SEÑORA TEJERA (Doris). Soy Doris Tejera, secretaria de ATUR, la Asociación de Transplantados del Uruguay. Estoy en lista de espera para un trasplante renal.

Muchas gracias por recibirnos y por demostrar que somos un país que acoge a todos por igual.

SEÑOR PRESIDENTE. Para nosotros fue realmente importante recibirlos. Creo que están cumpliendo un rol y una tarea fundamentales.

Hoy nos visitan y nos demuestran que somos un ejemplo con el sistema de salud que tenemos, con el Fondo Nacional de Recursos, pero a mí me gustaría más escucharlos a ustedes, que nos cuenten si en los distintos países hay leyes similares a las que tenemos en Uruguay en cuanto a trasplantes y a donaciones de órganos, o están en vías de desarrollar algún proyecto de ley.

SEÑORA CANALES (Marianella). Actualmente, en Honduras contamos con la ley renal y con la ley de donación y trasplante de órganos. Ambas fueron actualizadas en el año 2012; sin embargo, no habían sido revisadas y certificadas a través del equipo médico y teniendo en cuenta las diferentes patologías para que tuvieran una verdadera validez.

Hace cuatro años, nos juntamos con la comisión de salud y vino un grupo del Stalyc, un grupo de Colombia, un grupo de México a apoyarnos para que esta ley fuera revisada a efectos de evitar que fuese asignada o adjudicada a cierto grupo, y de que sirviera en general para todos los hondureños que pudieran necesitar un trasplante. Durante todo este tiempo hemos luchado para que esto se llevara a cabo.

Este año hemos tenido reuniones directamente con la nueva ministra, la doctora Rivas, que nos ha apoyado muchísimo. En la actualidad, este asunto está en el proceso legal. La próxima semana deberíamos estar haciendo las últimas revisiones.

En nuestro país solo se puede hacer enmiendas a las leyes en un 30%; de lo contrario, se tienen que derogar. Entonces, lo que se está haciendo es que lo que no se pueda eliminar dentro de las enmiendas, se va a introducir en la reglamentación.

Hoy por hoy tenemos un programa de trasplante empírico, creado por un grupo de doctores altruistas y asociaciones como las nuestras; se ha decidido emprender, desde el año 2007, un programa de trasplantes. Se han realizado aproximadamente ciento doce trasplantes, entre adultos y niños; no es mucho, pero, para nosotros, son grandes logros. A su vez, este año comenzamos el trasplante pediátrico en la ciudad de San Pedro Sula, impulsado por nuestra asociación y por el equipo médico altruista.

La voluntad médica existe, la voluntad del paciente existe, y estamos viendo que también existe la voluntad gubernamental, el apoyo del Ministerio de Salud, por lo que este año esperamos tener una ley en la cual basarnos para formar el Programa Nacional de Transplante, que debe tener un presupuesto asignado, que tampoco lo tenemos. Todo lo que hacemos es a través de donantes, de actividades que generamos para poder ofrecer una mejor calidad de vida al paciente. Sí se están haciendo varios cambios en el sistema de salud, pero todos sabemos que a nivel de Latinoamérica los presupuestos en el área de salud están bastante quebrantados, y hay tantas patologías que las personas tienen que aprender a manejarlas. Todos queremos que nuestra patología sea la prioridad, pero tratamos de ser equitativos.

Esperamos que este año Honduras pueda tener su ley de donación y trasplante de órganos para poder operar correctamente y, como debe ser, en beneficio del paciente.

No soy trasplantada, pero tengo un proyecto de vida, que es esta fundación. Mi madre falleció en 2009, fue paciente renal, y yo he quedado con esta lucha. Creo que es un buen proyecto de vida para todos. En algún momento, a algún amigo, a algún familiar, a algún pariente le va a tocar necesitar algún órgano o va a padecer alguna patología, y no hay nada mejor que trabajar por ello.

SEÑOR GARCÍA (Jorge Ernesto). Soy odontólogo y tengo un trasplante renal desde hace trece años.

Hoy, en Colombia está la nueva ley de donación mediante la cual se logró que se diera la oportunidad a todo el mundo de decidir hacerla en vida tal como ustedes lo hicieron en Uruguay , para que solamente el individuo pueda saber qué hacer con su cuerpo después de fallecer. Antes, la familia era la que tomaba la decisión al igual que sucedía aquí ; de todas maneras, sigue involucrada, pero desde una decisión del individuo como tal y no como un colectivo.

La invitación que les hago a ustedes, como personas líderes en su país, es que también ayuden desde su país a demostrar que se puede hacer un trabajo conjunto entre las organizaciones de pacientes, entre la sociedad médica y la política para demostrar a todo el mundo, pero en especial al continente latinoamericano, que se pueden hacer las cosas de una manera legítima y democrática.

SEÑORA SERRANO (Ximena). En Ecuador tenemos la ley de consentimiento informado, recientemente inaugurada, que reúne los principios de solidaridad y de altruismo, y que permite a la persona, en vida, decidir ser donante o no. Esto se hace a través de la cédula de ciudadanía y también se puede hacer en el momento en que el coordinador de trasplantes se acerca a la familia de la persona que ha fallecido. Los familiares deciden si aceptan, o no, la donación de órganos. Esta ley tuvo un 98% de aceptación en la asamblea y ha permitido que suban los números en cuanto a la donación de órganos y tejidos.

El Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células es el organismo rector que regula la actividad trasplantológica en nuestro país. Allí tuve la oportunidad de trabajar por cuatro años y de vincularme con hospitales; ahora dirijo esta organización porque he visto de cerca la necesidad de la gente, la necesidad que cada persona tiene de un seguimiento, de un apoyo físico, de un apoyo emocional y espiritual.

Esta ley ha permitido que ciudades pequeñas de Ecuador que antes desconocían la normativa, ahora se acerquen y tengan más actividad. Esta ley también permite que el donante elija qué órganos donar o haga una donación completa.

SEÑORA VIGIL (Ñurka). En Perú tenemos una ley de donación y trasplante de órganos, pero, lamentablemente, a pesar de que la persona, en vida, manifiesta su voluntad de donar en el documento de

identidad como el DNI , llegado el momento de la muerte cerebral, la familia no respeta la decisión del donante y esos órganos muchas veces se pierden.

Hasta el momento, esta ley no se ha cambiado, y es una pena. Como organización de pacientes, hemos hecho llegar distintos documentos para su modificación, pero hasta el momento no se ha logrado; estamos con ese proceso en curso.

Otra de las barreras que tenemos, además de la baja tasa de donación y de trasplantes, es la falta de médicos cirujanos, de trasplantólogos, lo cual es una deficiencia en nuestro país. Tenemos muy pocos médicos que realicen trasplantes.

SEÑOR DE JESÚS (Omar). En este par de días me he dado cuenta de que hay terrenos muy bien trabajados, como sucede en Uruguay y Argentina; terrenos fértiles, como Honduras, y terrenos minados, como México. Somos 122.000.000 de personas, entre las cuales 90.000 sufre algún grado de insuficiencia renal crónica y 12.200 están en lista de espera de donador fallecido. Anualmente, se hacen 2.500 trasplantes de riñón de donador fallecido. No tenemos una cobertura universal como la que gozan Uruguay y Argentina ; no tenemos un registro nacional de enfermos renales crónicos por lo que no tenemos cifras exactas, solo aproximadas ; tampoco hay voluntad política, pero hay muy buenos médicos en Guadalajara, tanto es así que hoy están participando en Stalyc.

Solamente quería plantear la situación de la enfermedad renal en México y decir que es el primer país a nivel mundial con mayor número de muertes, con el primer lugar en obesidad infantil y en diabetes.

Muchas gracias.

SEÑOR BRUNORI (Claudio). En cuanto al desarrollo legislativo sobre trasplantes, en Argentina y en Uruguay venimos desarrollándonos paralelamente; por lo tanto, estamos en una situación similar.

Solamente quiero mencionar la ley integral para personas trasplantadas, que se ha hecho en Argentina hace un par de años; se reglamentó el año pasado y hoy está plenamente vigente. Es una ley que surgió para cubrir las necesidades que les aparecen a las personas después de ser trasplantadas, cuando pierden la cobertura de la ley de discapacidad. Esas personas quedaban desprotegidas, no podían acceder al mercado laboral, etcétera. Esta ley viene a cubrir esas falencias y, además, a cubrir al donante vivo relacionado, que antes también estaba desprotegido.

SEÑOR SATDJIAN (José). Estoy ejerciendo la suplencia del diputado Martín Lema, quien me trasladó su interés en el tema, pero, lamentablemente, no pudo estar aquí.

Por lo que pudimos escuchar, es un problema muy sensible que en toda América tiene diferentes etapas. En Uruguay podemos estar un poco más adelantados y ojalá que sirva de ejemplo , pero creo que es un camino que toda América, y todo el mundo, irá recorriendo porque dentro de la esencia humana altruista la donación de órganos para permitir que otra persona continúe con su vida después de que uno ya no puede, es lo más noble y lo más sensible que podemos dar y hacer.

En lo personal, su presencia aquí me permitió conocer las características y las realidades de sus países. Estamos a las órdenes para lo que consideren.

SEÑOR PRESIDENTE. Para nosotros fue muy bueno compartir las experiencias de prácticamente toda América Latina y conocer el grado de dificultades que tiene cada uno de los países. No hay que aflojar. Creo que las organizaciones sociales acompañan las transformaciones. Fundamentalmente en el tema sanitario, en el tema salud, la participación social tiene que ser el motor de las transformaciones.

Por lo que han comentado, en cada uno de los países ustedes están cumpliendo un rol formidable, como los compañeros que lo están haciendo en Uruguay. Junto con Argentina somos los países que tenemos mayor grado de desarrollo en esto; esperemos que rápidamente todos lo puedan lograr.

Simplemente, quiero decir que muchas veces existen parlamentos distribuidos a lo largo y ancho del mundo a los que nunca les damos la trascendencia que les tenemos que dar. Todos los que estamos acá pertenecemos a América y al Caribe, y tenemos un organismo que se llama Parlatino que reúne a parlamentarios de toda

América Latina , con una Comisión de Salud, que ha tenido sus logros a lo largo del tiempo, aunque han sido pocos. Hay que incentivar a los legisladores de cada uno de los partidos, de cada uno de los países que participan, a hacer leyes marco que después pueda tomar cada país para legislar y agiornar, de acuerdo con su realidad. Eso ha servido, y hay varios ejemplos. Es una herramienta más, y las organizaciones civiles y sociales, como las que ustedes representan, deben saber que existen esos caminos para hacer escuchar su voz y mostrar las dificultades que están teniendo en cada uno de los países. Eso es muy importante.

Para la Comisión de la Salud Pública y Asistencia Social ha sido importante conocerlos y compartir sus experiencias en cada uno de sus países. Estamos a sus órdenes para lo que podamos aportar y, fundamentalmente, para los compañeros uruguayos, representados en la Asociación de Trasplantados del Uruguay, con quienes tenemos un vínculo directo: cuando ellos lo necesiten, las puertas de esta Comisión están abiertas. Lo mismo sucede con la Comisión Especial de Deporte, y así quedó de manifiesto cuando le dio un reconocimiento y el pabellón a la delegación uruguaya que compitió a nivel mundial, a la que sé que le fue muy bien.

Estamos compenetrados con el tema de los transplantados y es un orgullo trabajar con ustedes.

(Se retira de sala la delegación de la Asociación de Trasplantados del Uruguay y otras Asociaciones de Latinoamérica y el Caribe)

(Ingresa a sala una delegación de la Comisión Interna del Piñeyro del Campo)

——La Comisión le da la bienvenida a la delegación de la Comisión Interna del Piñeyro del Campo, integrada por su presidente, señor Daniel Ríos; su secretaria, señora Pattry Trinidad, y por la señora Rita Silva.

SEÑOR RÍOS (Daniel). Les agradecemos una vez más que nos hayan recibido.

Otra vez venimos a plantear la enorme problemática que tenemos en el Hospital, sobre todo, para ver si existe algún tipo de solución al problema de fondo, que es la asistencia a los usuarios que están allí.

La última vez que estuvimos acá planteamos el enorme problema que tenemos en cuanto a la atención, ya que cada vez somos menos para atender la cantidad de pacientes que hay.

En el presupuesto de 2010 se aprobó un artículo que establecía que el Hospital Piñeyro del Campo estaba en el área de salud mental. Desde aquel momento no se tuvo ninguna notificación acerca de lo que le corresponde por pertenecer a esa área. Al día de hoy seguimos sin pertenecer al área de la salud mental; si bien para ASSE estamos dentro del organigrama, no percibimos ninguno de los beneficios que nos correspondería.

Debido a eso, la oferta para ingresar a trabajar en el Hospital es poca, por no decir escasa, y la gente prefiere ir al sector privado, dejando una asistencia muy pobre en el Hospital Piñeyro del Campo.

Los funcionarios no médicos que estamos en el pabellón no superamos los ciento veinte para atender una población de doscientos veintiún pacientes. Esos ciento veinte están repartidos en cuatro turnos en cuatro pabellones. Quizás, haciendo los números rápido, se puede pensar que la atención se podría brindar con esa cantidad de funcionarios. En realidad, ello depende del pabellón y de la complejidad del paciente. En el pabellón D, que es el de dementes, hay setenta pacientes, y la cobertura, dependiendo del turno, sobre todo en el de la noche, la brindan cinco personas.

Como dijimos anteriormente, nos preocupan mucho los errores que pueda haber a raíz de la poca cantidad de personal en el Hospital. Esos errores pueden costar la pérdida de la fuente laboral de algún compañero; inclusive, se le puede iniciar un proceso de investigación que conlleve la pérdida del cargo.

Desde que integramos la Comisión Interna hemos trabajado con la Dirección del centro, planteándole la posibilidad de que se autoricen al Hospital Piñeyro del Campo los mismos beneficios que para el resto de los centros que están en el área de la salud mental. Esto atraería más funcionarios. Desde que ingresamos, hace tres años, esto no se ha podido lograr. Por parte de ASSE se han hecho llamados; ha ido gente a anotarse, pero por demoras o por el trabajo en el Hospital, termina renunciando.

Actualmente, la mayoría de los funcionarios viejos están renunciando y se están llenando pocas vacantes. Esto se debe al trabajo; la mayoría de los que estamos ahí adentro desde hace muchos años, lamentablemente, terminamos con varios problemas de salud. Tenemos muchos compañeros que están certificados y a los cuales se les ha hecho juntas médicas debido al trabajo diario en el Hospital, por lo que no pueden realizar la misma tarea que cuando ingresaron.

También tenemos compañeros que, si bien no tienen asignadas tareas aliviadas, igual tienen muchos problemas de salud por la labor que desempeñan.

Se ha solicitado a ASSE de todas las formas posibles tenemos la documentación correspondiente , en varias reuniones, que se solucione la escasez de personal, pero no se ha solucionado.

También se solicitó a ASSE que arreglara el lavadero del Hospital, que está desde que se inauguró, y no se le ha hecho ninguna modificación. En lo único que se gastó fue en una mampara para separar los circuitos y se compraron carros nuevos para la ropa, pero los compañeros siguen trabajando con las máquinas de 1930, para las que no hay repuestos. Los compañeros de mantenimiento fabrican los repuestos, que duran muy poco porque no son piezas originales. El lavadero es de techo de chapa y en verano es imposible trabajar ahí adentro. No tienen ventiladores y muchas veces la instalación eléctrica de las máquinas está en el agua. Las máquinas no tienen frenos, porque están rotos; por lo tanto, se utiliza algún fierro o lo que esté a mano para frenarlas y así lavar.

Se ha solicitado que se arreglaran los pabellones, porque entra agua cuando hay temporales. Las salas que están debajo de los pabellones B y C se han arreglado en varias oportunidades, pero últimamente se están cerrando porque el agua sigue entrando. Se gastaron $ 7.000.000 en un sistema para contar con habilitación de Bomberos, cuando solo se solicitaba que se arreglara el Hospital y que se invirtiera plata en funcionarios y en autorizar el incentivo para hacer atractivo el puesto.

El servicio de logística hace un año y medio que está clausurado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. De acuerdo con la reunión bipartita que mantuvimos con ASSE, se tendría que haber implementado un área sustituta para poder trabajar. Hasta el día de hoy las compañeras siguen trabajando en esas condiciones, doblando el material blanco ahí; también se aspiran hongos, por lo que hay compañeras enfermas, y así lo constatan los partes médicos. De todas formas, se sigue trabajando de la misma manera. La mayoría de los materiales que se utilizan, que son para las curaciones de los pacientes y otro tipo de atenciones, se termina tirando por el deterioro que causa la humedad.

Las condiciones son cada vez más caóticas y no encontramos solución. El Directorio de ASSE manifestó que en este presupuesto se iba a plantear una solución para el Hospital, pero no llegó. No vemos una respuesta por parte de ninguna autoridad.

El año pasado, durante los dieciséis días que estuvimos ocupando, diariamente venían inspecciones del Ministerio de Salud Pública para ver las condiciones de los pacientes. Después, nunca más vino una inspección para ver las condiciones de los usuarios. Nadie se acerca al Hospital Piñeyro del Campo; nadie ve la realidad. No sabemos si es porque no importa. Estamos buscando que alguien nos diga por qué. Es un problema que cada vez se agranda más y lo que nos preocupan son las condiciones de los usuarios y lo que pueda suceder con los trabajadores frente a algún error que se cometa, que hoy en las condiciones en que estamos no podemos evitar.

SEÑOR RUBIO (Eduardo). En la discusión de la rendición de cuentas de este año no vimos nada sobre el Hospital Piñeyro del Campo.

¿Cuál es la razón para que no sean contemplados dentro del área de salud mental y cuenten con los mismos beneficios? También quiero saber cuál es el porcentaje de pacientes que tienen con medicación o con un nivel de atención por problemas psiquiátricos.

SEÑOR RÍOS (Daniel). En el año 2010 se diseñó el programa para todo el Hospital. Dentro del Programa de Salud Mental no se diferenció ninguna parte del Hospital. La explicación que nos ha dado el Directorio de ASSE sobre todo, el gerente general, doctor Richard Millán es que el Piñeyro del Campo no es un hospital psiquiátrico, sino que atiende población vulnerable.

Por otro lado, la realidad muestra que desde hace diez o doce años los ingresos que llegan al Hospital vienen directamente desde el Vilardebó. En los últimos dos meses hemos tenido diez ingresos del Vilardebó. Si bien tenemos un pabellón para psiquiatría y otro para demencia, cuando quedan completos, se reparten los pacientes en el resto de los pabellones. Voy a poner un ejemplo. En el pabellón de alta dependencia y cuidados paliativos no debería haber pacientes psiquiátricos; sin embargo, sí los hay, porque el resto de los pabellones tiene las camas ocupadas. En ese pabellón deberían estar todos los pacientes de alta dependencia y de cuidados paliativos. Sin embargo, en los otros tres pabellones también tenemos pacientes de alta dependencia y cuidados paliativos, porque ese pabellón tiene todas las camas ocupadas. Así pasa con el resto de los pabellones. Si bien cada pabellón tiene su especialidad, el hecho de sigan ingresando pacientes y las camas estén ocupadas, lleva a que se los coloque donde haya lugar y no donde deben estar.

De acuerdo con un relevamiento hecho por los psiquiatras del Hospital nosotros les solicitamos que hicieran el informe , el 90% de los pacientes del Hospital así sea una mínima cantidad toma medicación psiquiátrica. Entonces, podría decirse que el 90% de los pacientes del Hospital son psiquiátricos, más allá de que las autoridades consideran que allí no hay pacientes psiquiátricos.

SEÑORA QUINTELA (Mabel). ¿Qué diferencia existen entre ustedes y los funcionarios de la salud mental?

SEÑOR RÍOS (Daniel). Los funcionarios de la salud mental perciben un incentivo, dependiendo de la función que desempeñen y del cargo que tengan. Por lo menos, esa es la forma en que lo cobran los trabajadores del Hospital Vilardebó y de las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi. El incentivo depende de la función que se cumpla. Por lo tanto, se debería cobrar un incentivo de acuerdo con la función que se cumple. Además, tienen otra serie de beneficios que nosotros no tenemos. Por ejemplo, la bonificación jubilatoria. Se solicitó hace un tiempo, pero nunca fue aprobada. Esta bonificación se establece, sobre todo, sobre la base de la carga emocional y física a la que están expuestos los funcionarios a la hora de atender este tipo de pacientes. También tienen el beneficio de los libres. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, no se pude tener tanta carga horaria durante tantos días.

Esos son los incentivos principales que reciben quienes están dentro del área. Nosotros, debido a la poca cantidad de gente con la que contamos, los hemos solicitado. Para ello nos apoyamos en una estadística realizada por la dirección del centro, sobre la situación en la que se encuentran los funcionarios del Hospital. Hace dos años, la dirección solicitó al cuerpo psiquiátrico del Hospital y al área de Psiquiatría de la Facultad que hicieran una encuesta para conocer el impacto del Síndrome de Burnout sobre los funcionarios. El resultado fue que el 98% de los funcionarios sufre de manera importante dicho Síndrome. Debería solucionarse esa problemática, pero hasta el día de hoy no se he encontrado ninguna solución.

SEÑOR DE LEÓN (Walter). Les agradecemos que hayan venido a la Comisión.

Si bien aquí estamos tratando un reclamo por parte de los funcionarios, el Hospital Piñeyro del Campo nos interpela acerca de la forma cómo tratamos a las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad y que no tienen a nadie que se ocupe de ellos. Tendríamos que ver esta situación de manera global; deberíamos ver la estructura, los procesos y los resultados de la institución. Creo que la Comisión debería ir al lugar, pero no avisar antes, como siempre lo hace. Tenemos que ir sin avisar para poder ver toda la situación. Es necesario saber qué material médico hay; cómo están los pacientes; cuál es el ausentismo; pedir las planillas para ver la cantidad de nurses, de enfermeros y de auxiliares que hay en el turno; por qué están enfermos; cuáles son sus enfermedades; cuál es el destino de los fondos que van para ahí y si son suficientes; por qué están rotas algunas máquinas y quiénes se encargan de su mantenimiento, y si cumplen con la función.

Tenemos que ser francos: por un lado, queremos brindar cuidados médicos de alta calidad a los más pobres y, por otro, garantizar a los funcionarios que trabajen en un ambiente agradable. Pero, para lograrlo, es necesario ver cómo es el manejo del Hospital, cómo es la organización del trabajo en esa institución.

Yo soy defensor del sector público, pero no de que se privatice por colectivos; debe ser público, del pueblo. Días atrás se afirmaba que las máquinas blisteras que compró Salud Pública yo estuve en la inauguración hoy en día no funcionan. ¿Es verdad que no funcionan? ¿Por qué no funcionan? Si la empresa fuera de cualquiera de nosotros, buscaríamos la manera de que enseguida comenzara a funcionar, pero como es de nadie, las máquinas siguen en la misma situación. Ese es un problema que tenemos en las empresas públicas Yo creo que hay una gran cantidad de medicamentos, como la hidroclorotiazida, que son económicos de blistear. Una de las cosas más importante para llevar adelante una política nacional de nefroprevención es

controlar la presión arterial. Según cierta prensa que a veces no es muy confiable , esa máquina no está funcionando; tendríamos que ver si es así. Yo me voy a ocupar de ver si es cierto y actuar en consecuencia.

Es momento de que tengamos un papel proactivo en la gestión de las instituciones públicas. Debemos evaluar esta situación con una mirada integral, de una vez por todas, sobre todo, en las instituciones que se encargan de la gente más vulnerable, que no tienen quién responda por ellos, por ejemplo, ancianos, personas abandonadas, con patologías concomitantes o con trastornos en la esfera cognitiva. Este tema es muy importante para la comunidad.

SEÑOR SATDJIAN (José). Les agradecemos que hoy estén acá.

El tema que nos han planteado no es nuevo. Recuerdo haber ido al Hospital Piñeyro del Campo en algunas oportunidades, acompañado por el diputado Martín Lema y en otras solo, y hablamos de la misma situación. Pero por tratarse de un tema recurrente no quiere decir que no sea urgente, importante y que necesite ser solucionado.

Evidentemente, desde ASSE no les han dado ninguna respuesta. Les dijeron que vendría algo en la rendición de cuentas, pero no ha sido así. O no hay ningún plan o no lo conocemos.

Imagino que ustedes se han acercado a la Federación; me gustaría saber qué respuesta han obtenido. Estamos hablando de los funcionarios que, hoy en día, son los héroes que sostienen al Piñeyro. Sería importante saber qué les ha dicho la Federación con respecto a este problema, que repito no es nuevo. No es una sorpresa que hoy estén acá.

Cuando se dio la huelga, ingresaron doce nuevos funcionarios y existía la promesa de continuar con la política de ingresos, pero no se ha dado. Me gustaría que se explayaran sobre esto.

Si me permiten un paréntesis, voy a referirme a otro tema. Recuerdo que había un área nueva, sin uso. ¿Me pueden decir si se está usando? ¿En qué situación se encuentra actualmente?

SEÑORA REISCH (Nibia). Les damos nuevamente la bienvenida a la Comisión.

Como se ha dicho, son ciento veinte funcionarios para atender durante cuatro turnos a doscientos veintiún residentes distribuidos en cuatro pabellones. Me quedó muy grabado que en el pabellón de los denominados dementes hay setenta pacientes que durante el turno de la noche son atendidos solamente por cinco funcionarios. Uno, que ha trabajado en la salud y con ancianos, agregando la situación en la que se encuentra el Hospital, sabe que es absolutamente insuficiente la cantidad de funcionarios.

Se hizo mención a que había funcionarios certificados. Me gustaría que me respondieran algunas preguntas al respecto. ¿Hay disponibles ciento veinte funcionarios? ¿Cuántos están certificados? ¿Por qué motivos? ¿Hace mucho tiempo? Quizá sea necesario que pasen a junta médica para que sean jubilados y luego se puedan cubrir esas vacantes.

Me gustaría saber qué monto económico implicaría el pasaje de ustedes al área de la salud mental.

¿Tienen idea cuál es el número ideal de funcionarios para desempeñar todas las tareas de forma correcta?

SEÑOR RUBIO (Eduardo). Desde ya, pido disculpas porque tendré que irme a la coordinación del Partido. Por ahora tenemos un solo diputado y debemos cubrir toda la cancha.

(Hilaridad)

——Tengo entendido que como Comisión Interna estuvieron en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en lo que debió haber sido una tripartita, que quedó en monopartita. Me gustaría conocer la opinión que emitió el Ministerio sobre la situación del Hospital Piñeyro del Campo y lo que le correspondería dentro del sistema de salud.

Comparto la propuesta del diputado De León de realizar una visita, sorpresiva o no. Nosotros hemos estado allí; conocemos el esfuerzo de los médicos y de todos los trabajadores por mantener esa institución en

funcionamiento. Me parece muy bueno que la Comisión pueda ver en el lugar las condiciones en las que se está trabajando.

Reitero mis disculpas por tener que retirarme. Luego leeré en la versión taquigráfica lo que ustedes respondan.

SEÑOR RÍOS (Daniel). Voy a explicar cómo fue todo el procedimiento que hemos llevado adelante durante estos tres años, que contestará varias de las preguntas que nos hicieron.

Cuando asumimos en la Comisión Interna, solicitamos una reunión a la dirección del centro para que nos diera un diagnóstico del Hospital. Como funcionarios, sabíamos las enormes problemáticas que teníamos dentro del centro, pero queríamos conocer la visión de la dirección. Desde ese momento empezamos a elevar informes a la Federación de Funcionarios de Salud Pública; solicitamos reuniones bipartitas con ASSE y con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para llegar a acuerdos, para que pudieran solucionarse las cosas.

En el presupuesto del año 2015 se llevó un informe a la Federación, en el que también estaban las actas del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. En aquel momento, la Federación consideró que ese informe no se iba a incluir dentro del presupuesto porque no podían incluirse informes por hospitales. La solicitud de presupuesto de la Federación era una sola, no por cada uno de los centros.

En ese entonces, comenzamos a mantener reuniones con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para poder llegar a un acuerdo; estaba la Federación de Funcionarios de Salud Pública por otro lado, y también ASSE. Los acuerdos fueron firmados. El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social se expidió el 30 de setiembre del año pasado y dijo que al Hospital Piñeyro del Campo le correspondía el incentivo de salud mental y que se le debería abonar. Se llegó a esto por toda la documentación y argumentos legales que nosotros habíamos llevado. En aquel momento, ASSE dijo que no tenía presupuesto ni tampoco de dónde obtener la plata. Fue en ese entonces que decidimos ocupar el centro, ya que ASSE no nos daba garantías de que se pudiera negociar de alguna manera. Nosotros llevamos una propuesta para que los fondos salieran directamente del Patronato del Psicópata. Nos dijeron que eso no era viable y que no había ninguna solución.

Hoy por hoy, nosotros estamos solos; esto lo decimos en todos lados. De la misma forma que se han llevado los informes a la Federación y se ha solicitado su apoyo, se ha venido acá en otros momentos. Durante estos tres años hemos recibido en el Hospital la visita de varios legisladores, en varias oportunidades, pero no hemos podido solucionar ninguna de las problemáticas del Hospital.

Lo último que sabemos por parte de la Federación es que, al seguir realizando este reclamo, estamos por fuera del presupuesto de ellos. Nosotros se lo explicamos a la Federación, y entendemos la lucha de presupuesto que tiene.

A nosotros, esta situación nos preocupa, y mucho. Como ya hemos manifestado en varias oportunidades, los funcionarios estamos expuestos a cometer un mínimo error y terminar presos, como sucedió en el Hospital Pasteur hace un par de años, o perder una fuente laboral. Si lamentablemente algo de eso llega a suceder, es seguro que el funcionario no tendrá la responsabilidad. Cuando el señor diputado Lema fue al Hospital, le explicamos que como los pabellones son enormes están separados en cuatro salas , si uno está brindando asistencia en una punta del pabellón, no puede ver lo que está pasando en la otra punta. Es la realidad; es imposible ver. Cuando uno va hasta la otra punta del pabellón, quizás hay un enorme problema que podría haber solucionado si lo hubiera visto a tiempo. Lamentablemente, no podemos hacer eso; no podemos brindar una mínima asistencia. Es lamentable. Somos conscientes de lo que estamos diciendo. No nos dan los brazos. Es imposible con la gente que tenemos.

Solicitamos al Directorio de ASSE, mediante un informe, que se aumentara el número de funcionarios en cien. Consideramos que con eso el Hospital estaría cubierto. ¿Por qué cien trabajadores? Porque hoy el Hospital no está completo. Hay setenta camas que no están cubiertas. Esta es una medida que adoptamos los trabajadores porque no podemos con lo que tenemos, mucho menos con más gente. Parte de las setenta camas que están sin cubrir pertenecen al sector de cuidados paliativos, un área nueva. Esa área se inauguró hace diez años, pero nunca hubo usuarios del Hospital. Hoy, la está utilizando el Plan Invierno; otros años se solicitó el área y la dirección la cedió. Según el plan que está diseñado por parte de la doctora, que es jefa de ese servicio, debería haber dos auxiliares de servicio y una nurse, por turno, para atender ocho camas. Si sacamos las cuentas de la distribución de personal dentro del Hospital, es imposible llegar con la cantidad de

funcionarios que tenemos. Para poder hacer eso, todos los funcionarios deberían ingresar directamente allí. No se tendría que tocar ningún funcionario del Hospital, ya que se vería afectada la asistencia. Esos funcionarios también están incluidos dentro de los cien que solicitamos a ASSE.

Después de la ocupación del centro, en setiembre del año pasado, se acordó con ASSE que ingresaran doce funcionarios por Comisión de Apoyo. Se trataba de funcionarios que estaban haciendo doble turno dentro del Hospital. Se llevó una lista por parte de la Comisión Interna y se quedó en que se iban a hacer llamados para que ingresara gente. Al día de hoy, esos doce cargos están cubiertos. Si bien los llamados fueron hechos por parte de ASSE, los funcionarios ingresan, están un par de meses y se van. Obviamente, las condiciones en las que se trabaja y el sueldo los nuevos es lo primero que miran, independientemente del trabajo no colman sus expectativas y terminan saliendo del Hospital.

La última respuesta que obtuvimos por parte del Directorio de ASSE fue antes de la ocupación. Esa es la realidad. Se ha pedido a ASSE, de todas las formas habidas y por haber, que vuelva al Hospital, y nadie nos contesta el teléfono. La última vez que mantuvimos una comunicación fue en setiembre del año pasado con el representante de la Unidad de Relaciones Labores de ASSE, quien dijo que en ese momento estaba manejando, pero que nos iba a llamar cuando llegara a la casa, y todavía no nos respondió. No hay diálogo con la gerencia general. Obviamente, el diálogo no está interrumpido por parte nuestra. En ningún momento interrumpimos el diálogo con ASSE; es más, lo solicitamos, y hasta el día de hoy seguimos esperando una respuesta.

Por otra parte, tenemos todas las actas del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, a efectos de que las vean. Allí figuran las decisiones del Ministerio con respecto a estos problemas que estamos manifestando. Hay copias de resoluciones del Ministerio que, hasta el día de hoy, siguen sin cumplirse, por ejemplo, en cuanto a la logística; hace un año y medio que eso sigue sin resolución.

Con respecto a las juntas médicas, solicitamos a la dirección que hiciera un relevamiento y que en el caso de que hubiera funcionarios que no pudieran desempeñar tareas en los pabellones, se les diera el trabajo liviano y se hiciera un llamado para que ingresara más gente. Hoy, el 30% del total de los funcionarios del Hospital están lesionados. Esto implica que, por junta médica, no pueden hacer esfuerzo, no pueden desempeñar la tarea en su totalidad. O sea que solo el 70% de los funcionarios estamos disponibles para brindar atención. Esto no implica que el 70% de los funcionarios disponibles nunca hayamos tenido lesiones que en algún momento nos impidieron realizar la tarea y que hoy no estemos exigiendo el cuerpo todo el tiempo.

SEÑOR PRESIDENTE. Enviaremos la versión taquigráfica al Directorio y a la gerencia de ASSE para que el pedido y las reivindicaciones que ustedes están llevando adelante les lleguen oficialmente.

Este problema es complejo y no se arregla con plata. Conozco el tema porque he conversado con compañeros que me han venido a ver en la rendición de cuentas pasada. Sé que no hay funcionarios. Si abriéramos una lista de funcionarios que quieran trabajan en el Hospital Piñeyro del Campo, seguramente no se inscribiría nadie.

Lo que voy a decir ahora no tiene nada que ver con sus reivindicaciones. Nosotros trabajamos mucho en la Ley de Salud Mental. Ahora, que está vigente, imagino que tenemos que focalizar el tema en la nueva Ley de Salud Mental. Lo primero que deberán hacer las autoridades es decir qué tipo de hospital es el Piñeyro del Campo. Esa es la primera definición que se debe tomar. En función de ella, habrá que ver el equipamiento humano que se le dará.

Por definición no soy psiquiatra; al lado tengo a una y le acabo de consultar , los pacientes con discapacidades severas, añosos, que por lo general tienen una demencia senil importante, son catalogados como pacientes que, aunque no tienen trastornos mentales severos, dependen de los cuidados cercanos y deben estar en áreas como la que hoy tiene el Hospital Piñeyro del Campo para internación de pacientes psiquiátricos. Esa es la primera definición. En función de ella, se definirá el futuro del Hospital Piñeyro del Campo. En el año 2025 no habrá ningún centro sanatorial u hospitalario estigmatizado como centro de salud mental. Los hospitales tendrán que tener una parte acondicionada para atender esos pacientes. La ley indica ese fue un gran paso que dimos , a efectos de no haya una estigmatización del enfermo de salud mental, que desaparezcan el Hospital Vilardebó y las colonias. En función de lo que defina la autoridad sanitaria de ASSE, será lo que se haga en el Hospital Piñeyro del Campo.

El número de pacientes ingresados y el número de funcionarios hace inviable una asistencia correcta. Ustedes manifestaron los riesgos laborales que están teniendo y los riesgos que están corriendo los pacientes; es una realidad. Advertimos el tamaño de los pabellones, la cantidad de pacientes y la poca presencia del personal de enfermería.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social elevará la versión taquigráfica de esta reunión al Directorio y a la gerencia general de ASSE. Además, programaremos una visita al Hospital. El hecho de caer de sorpresa o no, no cambia nada. Me parece que lo lógico es que la Comisión anuncie que va a ir. Las veces que lo hemos hecho, recorremos todo y preguntamos todo. Están la dirección y la Comisión Interna. Si cada legislador quiere ir por su cuenta, que lo haga, pero como Comisión lo correcto es solicitar una audiencia, ir, recorrer el Hospital y conversar con ustedes y con la dirección. No se puede ocultar de un día para el otro las carencias ni se pueden pintar paredes de golpe porque va alguien. Antiguamente, avisaban con tiempo, se planchaban las sábanas y se pintaban las paredes. Ahora, no es necesario porque hay un vínculo directo con la dirección y con la Comisión Interna.

Reitero que el compromiso de la Comisión es visitar el Hospital y enviar la versión taquigráfica a la gerencia y al Directorio de ASSE.

La Comisión agradece la presencia de la delegación.

(Se retira de sala la delegación la Comisión Interna del Piñeyro del Campo)

(Ingresa a sala una delegación de la Comisión Especial de Derecho a la Alimentación de la Asamblea General e integrantes del equipo del Observatorio de Derecho a la Alimentación de la Facultad de Derecho, Udelar)

——La Comisión tiene el gusto de recibir a una delegación de la Comisión Especial de Derecho a la Alimentación de la Asamblea General y del Observatorio de Derecho a la Alimentación de la Facultad de Derecho de la Udelar, integrada por las legisladoras Berta Sanseverino y Macarena Gelman, y por los legisladores Darcy de los Santos, José Carlos Cardoso y Nelson Larzábal; por las licenciadas María Rosa Curutchet y Gloria Canclini, y por los doctores Juan Ceretta y Alejandro Borche.

SEÑORA SANSEVERINO (Berta). Para la Comisión Especial de Derecho a la Alimentación de la Asamblea General, es un gusto venir a esta reunión de trabajo, acompañada, nada más y nada menos, que por el Observatorio de Derecho a la Alimentación de la Facultad de Derecho de la Udelar.

Como saben, fuimos designados por la Asamblea General, que votó esta Comisión en setiembre del año 2015. Empezamos a funcionar a principios de junio del año 2016. Tenemos una amplia actividad porque somos la expresión del Frente Parlamentario contra el Hambre Capítulo Uruguay , que tomó la figura de una Comisión. Esto ha sido muy bien valorado porque la Comisión nos permite tener una institucionalidad muy fuerte.

El objetivo del Frente Parlamentario contra el Hambre de toda América Latina y el Caribe es poner al máximo nivel el derecho a la alimentación. Eso nos coloca a nosotros en una tarea fundamental, que es articular con muchos actores para que las políticas públicas de la alimentación vayan mejorando, lo que es muy necesario. El continente ha mejorado, pero aún persisten retos, desafíos, que debemos incorporar.

En ese sentido, nuestra tarea más importante es legislar. Existe una ley marco de eso hablará el colega senador José Carlos Cardoso , aprobada por el Parlatino en el año 2012, y una versión con algunas correcciones que depositamos en esta Comisión de Salud Pública de la Cámara de Representantes. Venimos realizando un trabajo muy intenso. El 21 de junio hicimos una reunión, un conservatorio sobre la ley del derecho a la alimentación, en la que estuvieron presentes los integrantes del Observatorio, y ellos hoy vienen a esta Comisión con el ofrecimiento de integrarnos en un trabajo, porque nuestro objetivo es sacar, en los plazos más breves, una ley modelo de derecho a la alimentación, que tendrá valores muy importantes. Es una ley muy importante, que varios países ya la van obteniendo, por lo que quisiéramos poder acelerar su discusión y su aprobación en el pleno de la Cámara de Representantes.

SEÑOR CARDOSO (José Carlos). Un saludo para los integrantes de la Comisión y del Observatorio, que hoy nos acompañan en esta tarea.

Me vienen a la memoria los inicios de esta Comisión, cuando en solitario empezamos a trabajar. Al principio, poca gente creía en nosotros; sin embargo, la tarea fue relevante y muy convocadora: fueron muchos países los que se fueron sumando al esfuerzo de unificar con otros la tarea del derecho a la alimentación y transformarlo en un desafío que, primero, fue alcanzando etapas, creando un marco para cubrir las necesidades de la gente. Allí donde había necesidades, teníamos el objetivo de cubrirlas y de tener a la gente alimentada. Ese objetivo todavía está por cumplirse. La cantidad de personas con hambre en América Latina es una cifra que nos avergüenza. Realmente, que tanta gente pase hambre, que haya tanta gente que no tenga acceso a la alimentación, en un continente que es productor de alimentos, a todos nos llena un poco de vergüenza.

Tenemos que superar esa etapa para alcanzar el objetivo de tener a la gente alimentada o, por lo menos, de permitirle el acceso a la alimentación. También hay que asegurar el acceso a la semilla. Debemos alcanzar ese objetivo.

Por suerte, Uruguay se ha ido sumando a esa tarea y ha ido comprendiendo el trabajo en el que estamos. Al principio, estábamos en solitario, pero hoy vemos que hay más gente involucrada en el tema; de alguna manera, vamos contagiando a muchos que en un comienzo no creían en esto, pero ahora sí creen. De aquí en adelante seguiremos afirmando este proceso para hacer que el objetivo se alcance.

Estoy muy contento de estar participando en esta fase, que es una etapa superadora del inicio que tuvimos, que de alguna manera confirma que lo que hacíamos en aquel momento no era un error, sino un acierto. La cuestión era continuar, perseverar hasta alcanzar el objetivo y tener una ley unificadora, que cada país tenga una norma jurídica que lo nivele con el resto del mundo y que permita a sus habitantes tener acceso a la alimentación.

Creo que estamos en camino de alcanzar ese objetivo. Hoy lo vemos acá, integrando una Comisión en la que todos estamos participando, comentando y escuchando las ofertas que hay. Me alegro mucho de que hoy el Uruguay esté comprometido, que tenga una Comisión parlamentaria permanente que no sea una cuestión casual y que ese objetivo se vaya cumpliendo.

SEÑORA CANCLINI (Gloria). Este trabajo se inscribe en el marco de una carta de acuerdo entre la FAO, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, y la Universidad de la República, cuya finalidad es brindar asistencia técnica y de soporte a este proceso de discusión parlamentaria.

Nuestra tarea es de corte netamente técnico, por lo tanto, no vamos a emitir opiniones sobre cuestiones políticas, pero pueden contar con nosotros para todo este proceso de discusión a los efectos de poder aportar esos elementos.

El proceso comenzó con un análisis comparativo de la normativa análoga existente en la región y también se hizo una revisión documental y de los acuerdos internacionales ratificados por el país. Asimismo, se elaboró una sistematización de la información recabada para luego pasar al análisis estructural y de contenido del proyecto de ley marco del derecho a la alimentación.

Como antecedente, tuvimos en cuenta un estudio inédito realizado por el propio Observatorio en la Facultad de Derecho, una primera recopilación de las normas que tiene el Uruguay. Precisamente, esta ley marco viene a ser un eje vertebrador de la dispersión de políticas y de normas que tienen vinculación con un derecho que tiene un componente transversal. Es un derecho complejo, que transversaliza distintas dimensiones. No se trata solamente de la alimentación como una cuestión de salud pública; también se trata de la alimentación como una cuestión de educación, de acceso al trabajo, a una vivienda digna y a las condiciones de mercado, y de potenciar algunas áreas que hacen al derecho a la alimentación, como se hizo, por ejemplo, con la ley este Parlamento la aprobó para las compras estatales de la agropecuaria familiar y de la pesca artesanal.

Todo esto nos está demostrando la complejidad de un derecho como este. Por eso digo que una ley marco o modelo, como la que va a analizar esta Comisión, tiene la posibilidad de ser un eje vertebrador de todas las políticas públicas, porque acá también están implicados los Ministerios de Economía y Finanzas y de Industria, Energía y Minería, con la microempresa y con la forma de estimular a los agricultores familiares.

Entonces, ustedes tienen hoy entre manos una gran responsabilidad y una enorme oportunidad de generar una estructura de coordinación. Y cuando decimos una estructura de coordinación, no estamos pensando en

descentralización, sino en la posibilidad de que una mano sepa lo que está haciendo la otra. Muchas veces nos ocurre que se está trabajando en el territorio, pero no hay comunicación entre las instituciones.

Precisamente, el otro día participamos en un seminario de políticas públicas sobre la primera infancia, infancia y adolescencia, y cuando comenzaron a exponer los distintos actores, empezamos a ver cuáles eran las fortalezas y las necesidades de readecuar o reformular algunos aspectos. Para dar una idea de lo que estoy diciendo, por ejemplo, con relación al Programa de Alimentación Escolar sobre el que Uruguay tiene una larga trayectoria y una vasta experiencia , hablando y escuchándolos a ellos nos percatamos de lo importante que es tomar en cuenta el lugar donde se aplica. En conversación con nutricionistas nos enteramos de que Uruguay tiene cuatro regiones con tradiciones culinarias distintas; entonces, no es lo mismo lo que les gusta comer a los niños de Rivera que lo que les gusta comer a los niños de Montevideo. Eso se debe tener en cuenta en la oferta.

Todas estas actividades que comunican, que permiten articular, van a contribuir a una mejor realización del derecho a la alimentación.

Además, Uruguay, como miembro de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños, se suscribió primero al Plan de Acción 2015 y posteriormente al Plan de Seguridad Alimentaria, Nutrición y Erradicación del Hambre 2025. Este es un marco en el cual se inscribe, precisamente, este proyecto: abordar esos contenidos de desarrollo sostenible 2030.

A su vez, está el desafío que aún tiene el país lo va a exponer mi compañera, la licenciada María Rosa Curutchet en el campo de la nutrición.

Por otra parte, también se consideró importante tener conocimiento de la visión de los diferentes actores que de una manera u otra se vinculan en la ejecución de las políticas sobre el derecho a la alimentación, no solamente de los actores institucionales, sino también de la sociedad civil y del sector privado. En el documento que les entregamos hay una síntesis de las distintas actividades en las que fuimos participando y en las que fuimos recabando información. Por ejemplo, en el diálogo social, trabajamos en la Mesa 4, en la que había más de sesenta instituciones público privadas de la sociedad civil y de productores. También tuvimos encuentros con agricultores familiares, con la propia Universidad de la República, que está haciendo mucho trabajo en este campo.

Entonces, queremos señalar que hay un elemento unificador que creemos va a generar consensos. Como dijo el señor senador José Carlos Cardoso en el Parlamento Latinoamericano: cuando hacemos un enfoque de derechos, es muy difícil que alguien se oponga a que la población tenga acceso a los derechos. En este sentido, este enfoque de derechos coloca al sujeto como titular de derechos y al Estado como obligado a garantizarlos, a hacerlos cumplir y a generar las condiciones. Por lo tanto, el marco estratégico en el que se inscribe este proyecto es en el de la seguridad alimentaria y nutricional, con el desafío de poder resolver los problemas que tenemos como país y de contribuir a que el mundo también los resuelva.

Para finalizar, quiero decir que ley marco refiere a un mecanismo legislativo que está empleado para abordar cuestiones multisectoriales. En la documentación que les entregamos figuran las distintas disposiciones y el sentido que tienen, y qué rol cumplen el objetivo, las definiciones, los principios y las obligaciones.

SEÑORA CURUTCHET (María Rosa). Me atrevo a decir que, en realidad, tenemos un desafío que trasciende la nutrición, y es un desafío vinculado con el sistema alimentario imperante que tenemos hoy. Es un sistema alimentario que tiene problemas, y en una ley marco tenemos que considerar todos los aspectos que tienen que ver con la producción, el procesamiento, la comercialización y el consumo de alimentos.

Por otro lado, debemos entender que Uruguay tiene dificultades y problemas muy claros vinculados con la malnutrición. En cuanto a la malnutrición por déficit, privación o hambre, Uruguay ha desarrollado un proceso progresivo de reducción, y eso es consecuencia de políticas que han mejorado el acceso económico a los alimentos. En ese sentido, nuestro país viene presentando resultados valiosos o exitosos. Si bien todavía tenemos retraso de talla en niños pequeñitos, no tenemos problemas de desnutrición severa, como tienen otros países.

Es necesario destacar ese proceso de reducción progresiva en los últimos años de la malnutrición por déficit. No sucede lo mismo con la malnutrición por excesos. Lamentablemente, en los últimos años hemos tenido un

cambio muy importante. En los documentos que entregamos podemos observar, por ejemplo, cómo en Uruguay se presenta el exceso de peso en niños escolares; en el año 2004, rondaba el 24% y en el año 2016, casi un 40%. Estamos teniendo un crecimiento promedio anual de la malnutrición por exceso de un 1% en niños escolares. Este problema se ve en mujeres embarazadas, en el peso al nacer de niños pequeñitos, en los niños menores de dos años, en los escolares, en los adultos. O sea, no hay grupo poblacional en el que el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas vinculadas con la mala alimentación no estén creciendo de una manera acelerada en el país.

Un estudio muy reciente que hizo la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular muestra que hay niños con problemas de hipertensión. Esto no es casualidad, y es consecuencia del ambiente alimentario que hemos creado.

Entendemos que una ley marco tiene la valiosa oportunidad de considerar el desarrollo de ambientes alimentarios más saludables. Este no es un tema que pase solo por la educación, por promover buenas prácticas, sino que hay otras acciones de política pública que tienen que estar incluidas en una ley marco.

Por ejemplo, un estudio de 2016 muestra que en niños de nueve a trece años con peso normal, el 5% tiene algunas cifras de presión arterial elevada, mientras que en niños con sobrepeso y obesidad esta cifra ronda en el 16%. Este es un problema de responsabilidad de los adultos con el ambiente que hemos creado. Estos niños, tal vez, tienen la chance de vivir menos que nosotros como consecuencia del ambiente que estamos creando. En ese sentido, creemos que una ley marco debe considerar estos aspectos vinculados con el ambiente.

En Uruguay, cuando miramos la población adulta, el consumo de alimentos se ha deteriorado. En cuanto a las cifras de presión arterial en adultos, en solo siete años pasamos de tener 30% de población adulta hipertensa a 39%; nueve puntos porcentuales en solo siete años. Con relación a la obesidad, sucedió lo mismo: de 20% pasó a 28%. En lo que refiere a las glicemias alteradas, de un 5% se pasó a un 8%. Nuevamente, hay que considerar qué es lo que pasa detrás de todo esto. Por eso decimos que tenemos un sistema alimentario en crisis.

Para que ustedes lo consideren: el consumo de bebidas azucaradas en nuestro país, en solo trece años, de 2000 a 2013, pasó de treinta y tres a noventa y seis litros por persona por año. Seguramente, hoy es un poco más. Si tenemos en cuenta el consumo de productos ultraprocesados en nuestra población, con excesiva cantidad de azúcar, de sal o de grasa, vemos que pasamos de consumir 16 kilos promedio en el año 2000 a 30 kilos, promedio, en el año 2013. El consumo frecuente de productos ultraprocesados está vinculado con la obesidad, con la hipertensión y con enfermedades cardiovasculares. Entendemos que hay que abordar este serio problema que tenemos del ambiente alimentario. El problema que impera en nuestra sociedad es el exceso. El hecho de que tengamos un país con una población con alta prevalencia de enfermedad, impacta en las posibilidades de desarrollo social y bienestar de la población. Por lo tanto, el costo que nos implica como sociedad no actuar sobre ese ambiente alimentario es mucho más alto que el costo de no hacer nada.

En este sentido, creemos que una ley marco es necesaria. En el documento que entregamos explicitamos qué es lo que entendemos por productos naturales, procesados y ultraprocesados. También entregamos nuestra guía alimentaria a cada uno de ustedes, en la que recomendamos una alimentación natural, con alimentos mínimamente procesados, y planteamos el desafío de volver a la cocina, de revalorizar nuestros alimentos. De ahí que tenemos el tremendo desafío de generar políticas que nos ayuden. Entendemos que la educación alimentaria es un componente ineludible, necesario, pero con eso no alcanza. Sabemos que por cada dólar que los países invierten en educación alimentaria, la industria invierte quinientos dólares en publicidad. Entonces, está claro que la educación es necesaria, pero con eso no alcanza. Todos sabemos que fumar es malo para la salud, pero hasta que no hubo políticas más fuertes no se logró reducir el tabaquismo.

Entendemos que en el tema alimentario hay que considerar políticas más fuertes. Una ley marco es sumamente valiosa, y daría pie a la posibilidad de desarrollar leyes subsidiarias que aborden esta seria problemática. En ese sentido, la visión de un sistema alimentario no debe ser solo desde el sector salud, producción, comercialización o procesamiento de alimentos, sino que debe ser una cuestión transversal que aborde un sistema más sano.

Nos atrevemos a sugerir que el texto de esta ley considere el derecho a la información. El Ministerio de Salud Pública está trabajando en un proyecto de decreto para etiquetar los alimentos con exceso de azúcar, sal o

grasa. Creemos que una ley marco debe incluir el derecho de los ciudadanos a saber la composición y la calidad de los alimentos que deciden o no comprar. Deben tener derecho a saber la composición de los alimentos que ofrece el mercado.

En Uruguay se estudió el mercado de los productos registrados en la Intendencia. El 94% de ellos tenían agregado de azúcar, sal o grasa, que son los tres nutrientes que están implicando serios problemas de salud. De ese porcentaje, más del 80% están excedidos en esos tres nutrientes. Por lo tanto, nuestros ciudadanos tienen derecho a saber la composición de un alimento, y creemos que una ley marco tiene que establecer ese aspecto.

El segundo punto es la posibilidad de regular la publicidad de alimentos dirigida especialmente a niños y adolescentes.

El tercer punto es establecer posibles medidas fiscales en las que podamos incluir impuestos a los productos cuyo consumo se quiera desestimular, como el caso de las bebidas azucaradas, o subsidios a los que queremos fomentar y favorecer.

Entendemos que una ley marco tiene que establecer la posibilidad de fomentar un ambiente alimentario más sano, que tiene que ver con todos los puntos que hemos hablado recién, y trasciende fuertemente solo lo vinculado con la salud.

SEÑOR PRESIDENTE. Les recuerdo que a la hora 16 tenemos que terminar la sesión.

Nos han brindado un montón de información y ha surgido una cantidad de interrogantes. Sugiero que en esta primera etapa nos brinden toda la información y luego fijemos otra reunión para realizar las preguntas.

(Apoyados)

SEÑOR CERETTA (Juan). Gracias por la invitación y la posibilidad de participar en esta mesa.

Me tocó trabajar sobre el tema de la justiciabilidad del derecho a la alimentación, que es bastante controversial en las leyes marco que refieren a derechos humanos, sobre todo sociales, económicos y culturales. Todas las opiniones especializadas en este sentido indican que los principales factores que tienen incidencia significativa en el respeto y el cumplimiento de los derechos humanos sobre todo de este último , como el derecho a la alimentación, está dado por la posibilidad de disponer y acceder al efectivo goce a través de mecanismos de protección.

En ese sentido, quiero hacer referencia a tres puntos clave. Uno de ellos tiene que ver con las recomendaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, que hizo a Uruguay el 23 de junio de 2017, en las que pide al Estado uruguayo que tome medidas para la aplicabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales, entre los que debemos incluir el derecho a la alimentación, ante sus tribunales nacionales. Es una recomendación específica del Comité de Naciones Unidas.

Por otro lado, también recomienda la capacitación; es decir, todos los involucrados en el derecho a la alimentación deben capacitarse en el efectivo goce y en los mecanismos para asegurarlo. Asimismo, el Comité de Naciones Unidas reitera una observación que viene haciendo a Uruguay desde 1999 sobre la poca invocación de los tratados internacionales en cuanto al respeto de este derecho ante nuestros tribunales.

El segundo documento al que me gustaría hacer referencia es el emanado del Diálogo Social del 14 de noviembre de 2016, en el que se concluye que se debe promover un mayor involucramiento del Poder Judicial en la garantía del efectivo goce del derecho a la alimentación. También se hace referencia a la necesidad de establecer mecanismos para facilitar acciones de interés público, es decir, acciones colectivas, de los interesados, de los grupos de ciudadanos que se consideren afectados en la tutela de este derecho a la alimentación ante los tribunales nacionales.

Por último, está el documento que proviene de la FAO, que es una guía para legislar en leyes marco sobre el derecho a la alimentación, que, a mi juicio, es muy valioso, porque recomienda la creación de procedimientos judiciales similares a las leyes de amparo, a la hora de que ciudadanos o agrupaciones que los nucleen puedan solicitar tutela jurisdiccional cuando consideren que el derecho a la alimentación no ha sido

garantizado por el Estado. En ese sentido, se recomienda establecer legitimaciones activas colectivas, cosa que en Uruguay, con las disposiciones procesales vigentes, tenemos ciertas dificultades.

También se recomienda la posibilidad de establecer inversiones a la carga de la prueba, es decir que una vez que se efectúe un reclamo sea el Estado el que deba acreditar ante un tribunal que ha cumplido con toda la normativa que garantiza el derecho a la alimentación. En este sentido, las acciones que se recomiendan son tanto aquellas que tienen como objeto restituir derechos vulnerados como aquellas que tienen como objeto precaver la vulneración de los derechos.

Esas son las recomendaciones. Tomé esos tres ejemplos, que son bastante significativos. En definitiva, estamos hablando de que en la ley marco todos aconsejan establecer un proceso de acceso a la justicia que garantice definitivamente el acceso al derecho a la alimentación. Es la recomendación general; lo queremos comentar para que lo tengan presente y no solamente existan otro tipo de mecanismos o se consagren derechos en el texto de la ley, sino para que haya instrumentos para hacerlos valer. Cabe decir que para Uruguay no sería innovador establecer mecanismos de amparo, porque tiene diversa cantidad de normas que establecen mecanismos similares, como la Ley N° 16.011, de Acción de Amparo, otras leyes del Código de la Niñez y la Adolescencia que establece acción de amparo para tutela de derecho de los niños , la ley de libertad sindical, la ley de Habeas Data, la ley de acceso a la información, la ley de protección de datos personales. Son normas que ya existen y establecen acciones como las que estamos proponiendo para garantizar el acceso a la alimentación.

Además, la existencia de este tipo de mecanismos en la legislación funciona en el resto de los países como un acicate para el cumplimiento voluntario de la normativa contenida en la ley. Esto, sumado a la existencia de un mecanismo administrativo previo que se recomienda que sea ágil , hace que el grado de cumplimiento voluntario sea mayor de lo que sería si no existieran los mecanismos.

SEÑOR BORCHE (Alejandro). El enfoque de la ley desde el punto de vista de cuál es la institucionalidad que se plantea es el tema que me corresponde abordar.

Hay dos aspectos fundamentales en este enfoque. Por un lado, la existencia de múltiple institucionalidad que tiene competencia en materia de la alimentación aspecto que postula el proyecto de ley y que nosotros hemos comprobado en el Observatorio, en un trabajo de campo plantea el problema de la coordinación. Existe mucha institucionalidad en la materia; existe competencia a nivel del Poder Ejecutivo, a través de distintos Ministerios, sobre todo de Desarrollo Social, de Salud Pública, de Ganadería, Agricultura y Pesca, y también de otros de manera menor. También existe competencia de ANEP, a través de Educación Primaria, así como de un conjunto de personas de derecho público no estatal; por ejemplo, la Unidad Alimentaria de Montevideo, que es la última, pero hay una serie de personas de derecho público no estatal que tiene competencia en la materia, como el INIA, el Inase, el Inale.

La ley trata de crear un órgano de coordinación. La coordinación en sí siempre es dificultosa. Existen distintos organismos que tienen distinta competencia en la materia, que se sitúan en diferentes niveles institucionales, con lo cual en cada nivel hay distintas formas de lograr esa coordinación. Por supuesto que se trata de lograr a través del diálogo, del intercambio de ideas, pero hay instrumentos jurídicos de fondo para lograr una coordinación. Los ministerios siguen la política que fija el Poder Ejecutivo, pero muchas veces hay ámbitos que tienen competencia concurrente o complementaria y cada ministerio las desarrolla sin saber siquiera lo que hace el otro; como se ha dicho, una mano no sabe lo que hace la otra. El objetivo de un órgano de coordinación es ese: lograr que lo que hace un ministerio lo sepa el otro.

Un primer nivel sería una comisión integrada por los ministerios, en la que pudieran intercambiar sobre las políticas que vienen aplicando en materia de derecho a la alimentación. Allí se trataría de coordinar lo que realizan los ministerios y, si hay discordancia, el órgano comunica al Poder Ejecutivo y este, que es la jerarquía, y en definitiva tiene un instrumento sobre aquellos, termina logrando la efectiva coordinación. Sé que es muy difícil, pero es el instrumento jurídico que se tiene.

El otro nivel sería el de los entes. Se podría invitarlos a integrar la comisión interministerial a fin de que tengan competencia en materia de derecho a la alimentación. Tomando conocimiento de la política que desempeña el ente, el Poder Ejecutivo, con los instrumentos que dan los artículos 197 y 198, podrá aplicar los procedimientos que corresponda si hay un elemento que se aparta de su línea.

Después está el nivel de los gobiernos departamentales, y en ese caso se podrá invitar a participar a un integrante del Congreso de Intendentes. En virtud de la autonomía, en este caso se podrá recomendar al gobierno departamental tomar una política adecuada en el respeto al derecho a la alimentación.

La coordinación siempre es complicada.

¿Dónde debe ubicarse el órgano? Lo más relevante es que pueda tener control parlamentario. Si lo ponemos colgado de Presidencia, como es moda, no tiene control parlamentario, y el Parlamento, que ha sido el actor principal y es el gran controlador de las políticas públicas, quedaría afuera. La recomendación es que se forme una comisión interministerial, invitando a entes y gobiernos departamentales, pero que se ubique en un ministerio; de lo contrario, si lo ubicamos en Presidencia, no tendría control. Y es esencial que tenga control.

También se propone la creación de un órgano autónomo de derechos humanos que trabaje con el monitoreo y evaluación del derecho de la alimentación.

Recomendamos que sea el mismo órgano y que, además, tenga competencia en materia de garantía del derecho; asimismo, que en ese órgano se pueda hacer un pequeño procedimiento administrativo, con plazos muy cortos para después poder acceder al procedimiento del que les habló el doctor Ceretta.

SEÑORA SANSEVERINO (Berta). Aunque la exposición ha sido breve, ustedes han podido comprobar los importantes contenidos. En el documento está la referencia del contenido de una ley modelo.

Además, tenemos un elemento clave en lo que respecta al rol de los Parlamentos: la Unión Interparlamentaria acaba de publicar "Los Parlamentos y los objetivos de desarrollo sostenible". Nosotros tenemos uno de ellos; no solamente el objetivo número dos. Por ello, es para nosotros muy importante seguir trabajando con ustedes.

SEÑOR PRESIDENTE. Para nosotros, ha sido un gusto y un honor compartir esta instancia que, seguramente, se repetirá.

Voy a hacer algunas reflexiones. El senador Cardoso decía que hace años empezó en esto como una locura individual. Quiero decir que es admirable lo que lograron. Tomando lo que ha dicho el senador impulsor de todo esto, quiero decir que estoy en la misma línea que él, pero con relación a la tuberculosis. Tengo el honor de ser el presidente del Frente Parlamentario de las Américas contra la Tuberculosis. La Tuberculosis es una enfermedad curable, tratable con medicamentos; sin embargo, en América Latina cada día mueren más hombres, mujeres y niños por esta causa. O sea que bienvenido lo que nos han expuesto; nos reconforta ver a dónde han llegado ustedes. Ojalá que nosotros en cuatro o seis años estemos en el mismo nivel que ustedes.

Obviamente, a quienes no estamos en el tema nos cuesta entender su complejidad. Sin duda, la ley marco es un desafío no solamente para esta Comisión, sino para el sistema político uruguayo. Nosotros podremos hacer nuestros aportes.

Desde ya coordinaremos una nueva reunión para poder tener un intercambio más fluido, porque ustedes tienen mucha información y nosotros muchas interrogantes.

Siempre que se trata de una ley de esta naturaleza hay que tener en cuenta el tema de los derechos; todo se basa en los derechos humanos. Venimos de la aprobación de una Ley de Salud Mental en la que se discutió durante dos años, básicamente sobre cuál sería el órgano de revisión, dónde tenía que estar y si debía tener o no control parlamentario. Creo que tenemos un largo camino para recorrer.

Hoy estoy ejerciendo la Presidencia de esta Comisión, pero no soy el titular. De todos modos, como integrante puedo asegurar que impulsaremos el desarrollo de este proyecto, que por lo que estuve viendo tiene una complejidad importante. Estaremos de acuerdo en muchísimos aspectos y en otros tendremos otras visiones. Desde ya estamos abiertos a la discusión. Coordinaremos una nueva reunión que será más fructífera.

Agradecemos su presencia.

Se levanta la reunión.